

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1930

PAR

Lucien-Augustin VALLEZ

Né le 11 Avril 1904, à Saint-Aubert (Nord)

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE DE LA LYMPHANGITE TRONCULAIRE des membres postérieurs chez le Cheval

Son traitement par les résolutifs

JURY { *Président* : M. HARTMANN, Professeur à la Faculté de Médecine.
 { *Assesseurs* { M. COQUOT } Professeurs à l'École Nationale
 { M. ROBIN } Vétérinaire d'Alfort.

LES PRESSES MODERNES

IMPRIMERIE

45, RUE DE MAUBEUGE

PARIS

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552831_0086

**Contribution à l'Étude de la Lymphangite Tronculaire
des membres postérieurs chez le Cheval**

Son traitement par les résolutifs

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Année 1930

N° 58

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1930

PAR

Lucien-Augustin VALLEZ

Né le 11 Avril 1904, à Saint-Aubert (Nord)

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE DE LA LYMPHANGITE TRONCULAIRE des membres postérieurs chez le Cheval

Son traitement par les résolutifs

JURY { *Président* : M. HARTMANN, Professeur à la Faculté de Médecine.
 { *Assesseurs* { M. COQUOT } Professeurs à l'École Nationale
 { M. ROBIN } Vétérinaire d'Alfort.

LES PRESSES MODERNES

IMPRIMERIE

45, RUE DE MAÛBEUGE

PARIS

1930

Personnel enseignant de l'École Vétérinaire d'Alfort



Directeurs honoraires : MM. P.-J. CADIOT, et H. VALLÉE

Directeur : M. E. NICOLAS

Professeurs honoraires : MM. G. BARRIER, Inspecteur général honoraire des Écoles Vétérinaire, P.-J. CADIOT, A. RAILLIET, H. VALLÉE.

PROFESSEURS ET CHARGÉS DE COURS

	MM.
Anatomie descriptive des animaux domestiques	BRESSOU.
Physiologie, thérapeutique générale	MAIGNON.
Physique et Chimie médicales, toxicologie, pharmacie	NICOLAS.
Parasitologie et maladies parasitaires, clinique ; Zoologie	HENRY.
Pathologie médicale des équidés et des carnassiers, clinique ; sémiologie et propédeutique, jurisprudence	ROBIN.
Pathologie chirurgicale des équidés et des carnassiers, clinique ; anatomie chirurgicale, médecine opératoire et ferrure	COQUOT.
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire, clinique ; médecine opératoire, obsétrique	LESBOUYRIES
Pathologie générale et microbiologie, maladies microbiennes et police sanitaire, clinique	PANISSET.
Histologie et embryologie, anatomie pathologique ; autopsies	PETIT.
Zootecnie et économie rurale	DECHAMBRE
Agronomie, botanique et hygiène ; matière médicale	{ DECHAMBRE et HENRY.
Industrie et contrôle des produits d'origine animale	VERGE.

PROFESSEUR AGRÉGÉ

M. LESBOUYRIES

CHEF DE TRAVAUX AGRÉGÉ

M. SIMONNET

CHEFS DE TRAVAUX

M. MONVOISIN.

M. MOUSSU (R.).

La Faculté de Médecine et l'École Vétérinaire déclarent que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A Monsieur le Professeur HARTMANN
qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse,

A Monsieur le Professeur COQUOT,

A Monsieur le Professeur ROBIN,

Mes Maîtres savants et dévoués.

INTRODUCTION

Ne pouvant avoir l'expérience du praticien blanchi sous le harnois et ne disposant pas, d'autre part, de laboratoires comme l'étudiant, le jeune clinicien se trouve assez embarrassé quand il lui faut choisir un sujet de thèse. Et, à moins de circonstances exceptionnelles, il lui est bien impossible de faire œuvre originale.

Nous devons donc avouer, dès maintenant, qu'en présentant ce travail à l'appréciation de nos Maîtres, nos prétentions sont des plus modestes.

Nous avons essayé, cependant, que cette petite étude ne soit pas complètement inutile. Si, comme nous venons de le dire, nos connaissances cliniques sont encore bien faibles, nous avons eu la bonne fortune d'évoluer dans différents milieux et d'être en contact, presque toujours avec des praticiens éclairés.

Lorsque nous étions à l'École, nous avons profité autant qu'il nous a été possible et de l'enseignement et de l'expérience de nos Maîtres. Aujourd'hui, ce nous est un devoir bien agréable de leur dire toute notre reconnaissance.

Plus tard, nos premiers pas dans la pratique professionnelle ont été guidés par plusieurs praticiens tant civils que militaires. Eux aussi nous ont initié, autant qu'ils l'ont pu, aux difficultés de la clinique vétérinaire, et nous les en remercions sincèrement.

En changeant de guides à différentes reprises en l'espace de quelques mois, forcément, nous avons vu mettre en œuvre différentes méthodes pour le traitement de cas semblables. Rien d'anormal à cela, car il est bien évident que tout clinicien, au bout d'un certain temps, adopte une façon de faire plutôt qu'une autre. En tout cas cela nous a permis d'établir des comparaisons, de juger quelques thérapeutiques cependant classiques.

C'est ainsi que dans le traitement de la lymphangite tronculaire du cheval, maladie fréquente et banale, nous avons vu les uns faire appel aux bains antiseptiques, tandis que d'autres employaient les résolutifs préconisés par nos anciens. Et nous avons eu la surprise de constater que cette dernière méthode donnait de meilleurs résultats que la première, cependant plus moderne, plus scientifique semble-t-il. Nous nous sommes d'abord cru le jouet d'une illusion et nous avons pensé qu'il s'agissait de cas exceptionnels. Mais, en faisant des essais nous-mêmes, nous sommes arrivé à nous faire une opinion personnelle sur cette question, et c'est les quelques remarques que nous avons notées que nous allons exposer dans les pages qui suivent.

De façon à pouvoir discuter les faits cliniques consignés, nous croyons utile d'étudier au préalable les deux facteurs du problème : d'une part la lymphangite tronculaire des membres chez le cheval, et d'autre part la médication résolutive, méthode thérapeutique très courante mais sur le mode d'action de laquelle le dernier mot n'est peut-être pas dit.

PREMIÈRE PARTIE

LA LYMPHANGITE TRONCULAIRE DU CHEVAL

I. — Synonymie

Cette maladie, quoique fréquente, a été longtemps méconnue dans sa nature et, de ce fait, a reçu parfois les noms les plus inattendus.

Les hippiatres devaient la connaître, mais pour en trouver la description, il faut la chercher sous un vocable tout différent de celui qui est en usage à l'heure actuelle. LA GUÉRINIÈRE parle de « l'enflure de la cuisse » et il note très justement qu'elle reconnaît trois causes : le coup, la foulure et la fluxion, cette dernière se rapportant sans doute à la maladie que nous étudions. Au contraire, DE GERSAULT pense qu'il s'agit d'un « effort au muscle triceps ». LAFOSSE signale « l'abcès au plat de la cuisse » qui nous paraît être une forme suppurée de la lymphangite.

Les hippiatres (SOLLEYSEL, etc.) parlent également d'une

maladie qu'ils appellent « musaraigne » car ils l'attribuent à la morsure du petit rongeur du même nom. Cette affection consiste en une petite tumeur non circonscrite ayant son siège aux ganglions de l'aîne, accompagnée de réaction fébrile, de boiterie et entraînant assez souvent la mort. Pour HURTREL D'ARBOVAL, la « musaraigne » serait une forme du charbon. Cela est possible, mais il est probable que des cas de lymphangite ont été également englobés sous ce nom. Par ailleurs, rien n'indique que cet auteur ait observé la maladie que nous étudions.

Dans un mémoire adressé à la Société Centrale de Médecine Vétérinaire, en 1862, Mottet décrit l'affection sous le nom de « tarsopathie et métatarsopathie », et considère qu'elle est due à une inflammation de l'articulation du jarret. Dans la discussion qui suivit, C. LEBLANC émit l'hypothèse qu'il s'agissait d'une phlébite de la saphène, tandis que H. BOULAY soutint que l'engorgement avait son siège dans les vaisseaux lymphatiques. Là évidemment, était la vérité, aussi quelques années plus tard (1868), Lafosse décrit la maladie sous les noms de « lymphangite, lymphatite, angéioleucite, et phlegmasia alba dolens ».

ZUNDEL (1875) distingue arbitrairement la lymphangite et la leucophlegmasie qui serait une congestion des lymphatiques.

Depuis cette époque, et à l'heure actuelle, les auteurs classiques emploient presque uniquement le terme de lymphangite.

II. — Etiologie et pathogénie

Les causes qui semblent intervenir dans le développement de la lymphangite des membres chez le cheval, sont très variables. Il est cependant possible de les classer en causes externes et en causes internes.

1° *Causes externes.* — Ce sont les plus fréquentes, et c'est pourquoi nous les étudions tout d'abord.

Dans ce groupe nous trouvons toute la série des blessures accidentelles ou opératoires. Elles peuvent être étendues ou au contraire insignifiantes. Le plus souvent, ce sont des contusions et des plaies contuses (coups-de-pied) des atteintes, des coupures de la face interne du boulet produites par le fer de l'autre pied, des embarrures, des blessures du picd, des javarts cutanés ou cartilagineux, l'échauffement de la fourchette. Comme cause plus rare, CABRET a signalé les piqures des ajoncs épineux (*Ulex europaeus* et *Ulex nanus*).

Une intervention chirurgicale peut être également le point de départ d'une lymphangite, mais à la condition que l'opération ne soit pas aseptique.

Parfois, à première vue, aucune lésion de continuité n'apparaît au niveau du tégument. Dans ces cas, il faut se garder d'une conclusion trop hâtive et il n'est pas rare qu'un examen plus minutieux, au niveau du paturon, du fanon autour de l'argot, dans les régions postérieures de la couronne, permette de découvrir une petite plaie, parfois insignifiante et souvent très douloureuse.

Chez certains sujets, et quoique la lymphangite reconnaisse une cause externe, il n'existe pas de solution de continuité du tégument. Dans ces cas la maladie évolue à la suite d'un processus pathologique quelconque, situé sous la peau, abcès, etc...

Signalons également que la petite plaie initiale a pu se cicatriser et, de ce fait, reste complètement inaperçue.

Dans tous ces cas, la lymphangite est la conséquence d'une inoculation microbienne. « L'importance du système lymphatique qui embrasse dans ses réseaux tous les organes et tous les tissus de l'économie ; — son extrême susceptibilité à l'égard de toutes les causes possibles d'irritation ; la facilité avec laquelle il participe aux altérations des tissus voisins et se laisse envahir

par elles, permettent de se rendre compte de la fréquence des lymphangites » (NOCARD).

2° *Causes internes.* — Il est des cas où des recherches prolongées ne permettent pas de découvrir ou même de soupçonner un traumatisme quelconque. Les anciens parlaient alors de lymphangite essentielle.

D'autre part, comme le remarque le professeur G. PETIT « les plaies si communes des régions inférieures des membres, qui peuvent coexister avec les lymphangites, n'en représentent point nécessairement la cause. Il y a des chances pour qu'il en soit ainsi, mais on n'a aucune certitude absolue à cet égard. Si donc, en présence d'une lymphangite, l'on recherche et l'on trouve une excoriation cutanée, on n'a pas la certitude, mais seulement la probabilité qu'elle représente le point d'inoculation par lequel les microbes ont pénétré dans les vaisseaux ».

Cela est d'autant plus évident qu'une foule de chevaux sont porteurs de plaies petites ou grandes, de l'extrémité des membres, sans pour cela être jamais atteints de lymphangite.

Il semble donc qu'une prédisposition doive intervenir. De fait, la maladie dite essentielle ne frappe guère que les animaux qui ont dépassé un certain âge (dix à quinze ans), et surtout les chevaux de gros trait ayant un tempérament lymphatique et de robe claire. De même, l'état général a une influence certaine. L'anémie, la faiblesse, la débilité, le surmenage favorisent ici comme toujours l'action des microbes. Semblable remarque peut être faite à propos de tous les facteurs qui diminuent la résistance de l'organisme, comme par exemple les perturbations atmosphériques et les refroidissements. (STREBEL).

A côté de ces causes internes qui ne peuvent être que favorisantes, il en est d'autres qui à elles seules revendiquent toute l'évolution de la lymphangite. C'est ainsi que l'infection vasculaire est parfois en relation directe avec une maladie micro-

bienne générale morve, gourme, horsepox, tuberculose. D'autres fois, elle appartient à l'évolution de tumeurs malignes. Il y a là tout un chapitre très intéressant de pathologie générale, mais que nous ne pouvons détailler, puisque notre étude se limite aux lymphangites banales.

• •

Que la cause soit externe ou interne, elle se résume toujours dans une infection microbienne du système lymphatique.

Ce fait étant indiscutable, on s'est demandé quels pouvaient être les agents qui interviennent en pareille circonstance. A la suite de recherches prolongées les germes spécifiques de certaines formes particulières de lymphangite furent découverts, notamment ceux de la lymphangite cryptococcique et de la lymphangite ulcéreuse.

En ce qui concerne les lymphangites banales, nos connaissances sont moins précises. Se basant sur l'identité clinique et étiologique de l'érysipèle et de la lymphangite aigue, VERNEUIL et CLADO avaient pensé que ces deux affections sont causées par le même microbe.

Dans plusieurs cas, CADIOT a noté la présence de strétocoques et de staphylocoques. Sur des sujets observés au 59^e régiment d'artillerie, FINZI et GILLET ont trouvé du *cocco strepto-bacille* différent des groupes *pasteurella* et *paratyphique*.

Il y a d'ailleurs lieu de noter que dans ces observations il s'agissait de lymphangite suppurée qui, au point de vue clinique, se distingue très nettement des lymphangites séreuses que nous étudions. Comme le disent CADIOT et ALMY, il y a autant de variétés de lymphangites que de micro-organismes capables d'irriter les vaisseaux blancs et suivant la virulence des germes

et la résistance du milieu, la lymphangite est séreuse, purulente, gangréneuse ou septique.

Quand les microbes ont pénétré, par une voie ou par l'autre, dans les vaisseaux lymphatiques, ils progressent jusqu'aux ganglions où les cellules endothéliales et les leucocytes mononucléaires tentent de les arrêter. S'ils sont peu virulents, le processus tend à s'éteindre et le contenu des lymphatiques sera résorbé. Si, au contraire, ils sont doués de propriétés pathogènes plus marquées, s'ils élaborent des toxines, s'ils exercent une action chimiotaxique négative à l'égard des leucocytes, ils pourront devenir la cause de suppurations, de gangrène, ou de septicémie.

III. — Symptômes. Evolution

Le tableau clinique de la lymphangite séreuse, la seule qui nous occupe, a une grande régularité.

A la période de début on peut constater à la fois des symptômes locaux et des symptômes généraux. Ceux-ci pour intéressants qu'ils soient attirent généralement moins l'attention du propriétaire que les modifications ayant leur siège au niveau du membre postérieur.

Presque toujours, le praticien est consulté pour une boiterie d'un membre postérieur. A l'examen celle-ci est évidente, généralement assez marquée, et avec des caractères tellement nets qu'ils suffisent souvent à préciser le diagnostic. Pendant la marche, il est visible que l'animal a la plus grande peine à amener le membre malade en avant et que toute progression est douloureuse. Les angles articulaires, soit dans les régions supérieures, soit vers le bas, ou même à tous les niveaux, jouent

avec difficulté. Un examen même rapide montre alors qu'il n'y a aucune lésion des articulations, mais que les tissus mous seuls sont atteints, et, qu'en définitive, il s'agit d'une gêne toute mécanique. Aussi, « en sortant le cheval de sa stalle, le membre malade s'embarrasse dans la litière ; pendant la marche le sabot traîne sur le sol, ou bien le membre est porté en avant par un mouvement d'abduction, après quelques minutes d'exercice la marche s'améliore un peu, mais reste toujours très difficile ». (BUTEL).

Au repos, dans les cas peu graves, l'appui se fait assez correctement. D'autres fois, au contraire le pied ne touche le sol que par la pince, et de temps en temps des sortes de lancinations portent l'animal à soulever brusquement son sabot. Ces flexions convulsives paraissent d'ailleurs douloureuses.

A l'exploration du membre on trouve alors une zone œdématisée. L'engorgement a son siège à deux niveaux.

Dans la lymphangite tronculaire, on constate à la face interne du membre, le long de la saphène, un gonflement allongé qui s'étend jusqu'aux ganglions inguinaux et forme une espèce de corde sinueuse, mal délimitée, dont la sensibilité est parfois si vive que sous la moindre pression des doigts le cheval projette son membre brusquement en dehors, au point de perdre pour ainsi dire l'équilibre. Quelques heures plus tard, un engorgement œdémateux prend naissance autour de la corde ; puis l'œdème se développe, progresse, finit par envahir la cuisse tout entière, gagne le jarret, le canon et même s'étend parfois jusqu'à la partie inférieure du membre. Conservant un certain temps l'empreinte du doigt, chaud, douloureux dans toute son étendue, mais toujours plus marqué et plus douloureux au côté interne de la cuisse, l'œdème, à sa limite supérieure, se termine d'une manière brusque par un bourrelet circulaire en relief ». (CAROUGEAU). Dans certains cas où l'engorgement des lymphati-

ques est particulièrement intense, nous avons vu l'œdème s'étendre jusqu'à la région inguinale. Si le processus persiste un certain temps, en vertu d'une règle très générale, la sérosité accumulée a tendance à glisser en région déclive, et c'est ainsi que l'engorgement gagne les bourses et le fourreau, et finit par se collecter sous forme d'une loupe flottante au niveau de l'ombilic, puis de la région xyphoïdienne.

Dans cette forme, le gonflement du jarret et du canon est consécutif à l'inflammation du tronc lymphatique que l'on découvre à la palpation de la face interne de la cuisse. Dans d'autres cas, au contraire, l'œdème des régions inférieures précède ou accompagne le développement de la lymphangite tronculaire. Autrement dit, il y a d'abord lymphangite réticulaire.

Dans ces circonstances, la boiterie a sensiblement les mêmes caractères que dans la forme précédente, mais la gêne mécanique qui empêche la flexion des rayons osseux a son siège dans un engorgement qui n'intéresse d'abord que le paturon, le boulet, puis le canon. Ce gonflement atteint son maximum en quarante-huit heures, et s'il augmente encore les jours suivants, ce n'est que d'une façon minime. Tant que l'infiltration séreuse ne dépasse pas le jarret, l'engorgement est diffus ; dès qu'il arrive au-dessus de cette région, et surtout au plat de la cuisse, l'œdème se limite par un bourrelet épais et horizontal. Il est chaud, sensible et garde l'empreinte du doigt. D'autre part, surtout chez les chevaux fins, on peut noter à sa surface des traînées irrégulières, sinueuses, révélées par le hérissément des poils, et qui correspondent à des vaisseaux lymphatiques de moyenne grosseur, enflammés et dilatés.

Que la lymphangite tronculaire précède l'engorgement des régions inférieures du membre, ou qu'elle soit consécutive à une lymphangite réticulaire de ces mêmes territoires, on peut noter

habituellement des symptômes généraux d'intensité variable.

Ceux-ci précèdent parfois le gonflement du tronc lymphatique, ou tout au moins sont déjà impressionnants alors que les modifications locales sont cliniquement inappréciables. Quoi qu'il en soit, on note alors de l'abattement ; le cheval est à bout de longe, inattentif à ce qui se passe autour de lui, les reins sont insensibles, la respiration oppressée. Il se produit des tremblements aux grassettes et aux coudes. (DAGES). La température rectale monte alors à 40° et même plus, les conjonctives sont injectées et parfois subictériques, le pouls nettement accéléré. Assez régulièrement les crottins sont petits, secs et brillants.

Comme nous l'avons dit, ces symptômes généraux sont d'intensité variable. Chez certains sujets, ils sont très accusés, au point de faire songer au début d'une maladie générale grave, quand les symptômes locaux ne sont pas appréciables. Dans ce cas, ils s'atténuent en l'espace de quelques jours. Chez d'autres malades, tout en étant assez marqués au début, ils sont beaucoup plus fugaces. Enfin, il arrive qu'ils soient parfaitement insignifiants.

Evolution. — La lymphangite peut se développer de façon hâtive, en l'espace de quelques jours, après le traumatisme ; ou au contraire apparaître plus ou moins longtemps après la guérison de la plaie, et donner l'impression qu'il y a eu une véritable incubation.

Dans la grande majorité des cas, les symptômes généraux s'atténuent en 2, 3... 5 jours et l'animal, si l'on ne tient compte que des grandes fonctions, semble revenu à l'état de santé.

Les troubles locaux sont beaucoup plus tenaces et il est exceptionnel de voir la maladie évoluer en l'espace de deux ou trois jours. Bien plus souvent il faut 8, 10, 15 jours pour que les œdèmes se résorbent. La résolution commence au bout de 3 ou

4 jours ; la chaleur et la douleur s'atténuent, la boiterie décroît, et l'infiltration disparaît peu à peu.

Chez certains sujets, lors de la première atteinte, il peut sembler que la guérison soit complète. Bien plus souvent un engorgement chronique persiste au niveau du jarret, du canon, du boulet. Il peut être léger, à peine appréciable, et disparaître au cours de l'exercice. D'autres fois il est plus accusé, ne se résorbe que partiellement après la marche et, tout en ne gênant pas la locomotion, tare l'animal de façon définitive.

D'autre part, les récurrences sont de règle. La seconde attaque est souvent assez éloignée de la première, mais les suivantes sont de plus en plus rapprochées, au point de ne plus être séparées que par quelques semaines. Chaque nouvelle poussée s'accompagne d'un gonflement aigu du membre qui laissera à sa suite un peu d'engorgement chronique qui vient se superposer à ceux des attaques précédentes. Progressivement le membre devient comme un poteau informe, atteint des dimensions considérables qui finissent par interdire tout travail sérieux à l'animal atteint.

Signalons enfin, sans nous y arrêter, que la lymphangite peut se compliquer de façons diverses. Suivant les qualités pathogènes des germes incriminés, on peut voir évoluer des abcès, des accidents gangréneux, ou même de la septicémie, de la pyohémie. Chez certains sujets, on a constaté de l'inflammation des séreuses articulaires et tendineuses, des synovites, des arthrites, de l'endocardite, de la néphrite, etc.

IV. — Anatomie pathologique

Les lésions de la lymphangite banale sont assez mal connues

car, la maladie n'étant pas mortelle, il est excessivement rare qu'on ait l'occasion de faire un examen nécropsique. Pour notre compte, nous n'avons jamais eu cette possibilité. Il en est sans doute de même de la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, car les descriptions qu'ils donnent des altérations anatomiques, se rapportent généralement aux formes suppurées ou compliquées de la maladie.

Les lésions de la lymphangite aiguë ont de grandes analogies avec celles des phlébites.

D'après CAROUGEAU, la paroi vasculaire est la première à réagir à l'influence irritante. L'endothélium se gonfle, revient à l'état embryonnaire et se détache par places. La face interne du vaisseau est alors blanchâtre, striée de rouge, épaissie par une infiltration séreuse où abondent les leucocytes. La lymphe est abondante ; elle est d'abord trouble, opaline, puis rougeâtre, fibrineuse. Elle se coagule vite et forme un trombus plus ou moins dur qui transforme le vaisseau en une corde. Les valvules sont épaissies et infiltrées comme la paroi, et elles cloisonnent le conduit en formant des sortes de loges qui contiennent un liquide épais et fibrineux.

L'infiltration gagne les tissus voisins. Il y a ainsi de la périlymphangite. Finzi et Gillet décrivent cette lésion de la façon suivante : “ Inflammation violente siégeant sur la peau et le tissu conjonctif sous-cutané, et se traduisant par un épaississement du derme, qui se confond avec le tissu sous-cutané, et par une sclérose débutante de ce tissu conjonctif. Les lymphatiques réticulaires sont dilatés, à parois épaissies, la plupart ont leur lumière obstruée par des cylindres de pus blanc jaunâtre demi-solide..... Le tissu musculaire du membre affecté est rouge foncé et renferme par places de petites hémorragies. Les ganglions inguinaux sont fortement hypérémisés. Des sections de la saphène et des veines extérieures

pratiquées en différents points n'ont pas laissé voir de lésions appréciables de phlébite”.

V. — Diagnostic

Au début de cette étude nous avons rappelé les erreurs de diagnostic des anciens vétérinaires à propos de la phlébite — erreurs qui tenaient à des connaissances anatomiques imprécises, et à l'absence de recherches nécropsiques. A l'heure actuelle, où l'on est parfaitement fixé sur la nature de la maladie, on peut dire que le diagnostic est des plus faciles car aucune maladie courante ne se présente avec des symptômes semblables. Tout au plus, le praticien peut hésiter à la période de début, dans les cas où les troubles généraux sont seuls appréciables. Mais alors, l'incertitude n'est plus possible au bout de 24 ou 48 heures.

Une seule affection pourrait être confondue avec la lymphangite tronculaire : la phlébite des membres postérieurs. Celle-ci est certainement très rare et, à notre connaissance elle n'a été signalée que par Pécus. Dans ce cas, on trouve également, à la face interne de la cuisse un cordon dur entouré d'œdème, mais il n'est pas noueux et irrégulier comme dans la lymphangite.

VI. — Pronostic

Puisque nous ne parlons que de la lymphangite aiguë, évoluant sans complications comme cela est d'ailleurs la règle, nous pouvons avancer qu'au point de vue médical la maladie

est réellement peu grave. Dans la grande majorité des cas les symptômes généraux s'atténuent et disparaissent en l'espace de 4 ou 5 jours et l'animal peut reprendre son service au bout de 10 ou 15 jours.

Mais à côté de cela il faut tenir compte que la guérison parfaite, sans qu'il reste de traces de l'affection, est absolument exceptionnelle. D'autre part, il est très fréquent d'observer une récurrence, ou plutôt des récurrences successives et de plus en plus rapprochées. Et chaque poussée aiguë laisse un engorgement du membre plus important que celui de l'attaque précédente. De sorte qu'un cheval qui a été atteint de lymphangite tronculaire garde des marques indélébiles de la maladie; il est taré de façon irrémédiable, et il perd d'autant plus de valeur que marchands et éleveurs n'ignorent pas que ces lésions chroniques permettent de soupçonner pour l'avenir. C'est dire que, du point de vue économique, le pronostic de la lymphangite tronculaire des membres postérieurs est des plus graves.

DEUXIÈME PARTIE

LA MÉDICATION RÉSOLUTIVE

On appelle « résolutifs ou fondants les topiques irritants qui ont surtout pour effet de faire disparaître les tuméfactions superficielles d'origine inflammatoire sans faire subir aux tissus aucune transformation morbide consécutive. Cette terminaison de l'inflammation s'appelle la résolution » (K. KAUFMANN).

Au point de vue historique, la médication résolutive qui n'est qu'une forme de la médication dérivative semble s'apparenter assez étroitement avec la révulsion. Et celle-ci est fondée en grande partie sur cet aphorisme d'Hippocrate : *duobus doloribus non in eodem loco simul obortis, vehementior obscurat alterum*. Produire une révulsion, c'était opposer à la douleur qui est l'un des premiers éléments morbides d'un grand nombre de maladies, une autre douleur plus forte et artificielle.

Pendant des siècles, cette théorie a eu la faveur, non seulement des médecins, mais encore des gens préposés à l'entretien des animaux, les maréchaux puis les hippiatres.

Les médicaments résolutifs furent encore très en honneur au

siècle dernier, jusqu'au moment des belles découvertes de l'École pastorienne. Mais alors, à de nouvelles théories médicales, il fallut une thérapeutique nouvelle, et les résolutifs, les fondants, furent délaissés au profit des antiseptiques. Il est juste de reconnaître, cependant, que nombre de praticiens éclairés, tout en prenant aux nouvelles médications ce qu'elles ont de bon, continuèrent à faire usage des produits de l'ancienne pharmacie vétérinaire.

Effets des résolutifs. — Plusieurs classes de médicaments fournissent des substances qui, maniées convenablement et à propos, possèdent des propriétés résolutes. Les principales sont les vésicants et les rubéfiants.

Les rubéfiants produisent immédiatement des effets locaux qui ont toutes les caractéristiques de l'inflammation : douleur, rougeur, chaleur et tuméfaction.

La douleur est d'intensité variable, mais elle précède cependant les autres effets locaux.

La rougeur est le résultat de la congestion sanguine qui se produit dans le derme. Cet afflux du sang vers l'extérieur s'accompagne, comme l'ont montré ZÜLZER, puis KAUFMANN, d'une anémie des organes internes. Cette augmentation de la circulation au niveau du tégument produit de la rougeur chez les animaux dont la peau est dépigmentée. Ce symptôme n'est pas apparent chez les sujets dont la peau est de couleur foncée ou recouverte de poils abondants.

La chaleur est sous la dépendance directe de l'hypérémie cutanée. En même temps il y a une suractivité fonctionnelle des glandes de la peau.

La tuméfaction existe toujours, mais de façon plus ou moins appréciable ; elle dépend en effet de deux facteurs : l'intensité de l'action médicamenteuse et la finesse de la peau de l'animal.

Tous ces effets locaux varient suivant l'intensité de l'irritation

cutanée. Lorsque celle-ci est très accusée, les effets sont voisins de ceux des vésicants.

« Les vésicants sont des irritants qui provoquent entre le derme et l'épiderme l'accumulation de sérosité et la formation d'ampoules analogues à celles que produisent les brûlures superficielles » (KAUFMANN).

Au début de son action, un vésicant produit les mêmes effets qu'un rubéfiant. Puis, au bout de quelques heures, il détermine entre le derme et l'épiderme la production de sérosité albumino-fibrineuse et la formation de phlyctènes. Ces vésicules, d'abord petites et nombreuses, s'élargissent et se réunissent en une seule ampoule. La sérosité accumulée, augmente peu à peu de volume : d'albumineuse et claire qu'elle était, elle devient fibrineuse et plus épaisse. (TABOURIN).

Du point de vue thérapeutique, les vésicants provoquent une hyperémie active avec tous ses effets bienfaisants, dus surtout à l'intervention des leucocytes.

De nombreuses expériences, entreprises par CARRIEU, dès 1902, montrent que le vésicatoire agit en grande partie par le coup de fouet qu'il donne à la phagocytose. L'augmentation des globules peut atteindre plusieurs milliers et persister plusieurs jours. Le pourcentage des polynucléaires augmente dans de notables proportions : on constate souvent une augmentation de 10 à 15 p. 100 sur le chiffre observé avant l'application du médicament. En même temps, les eosinophiles augmentent de nombre.

D'autre part, des recherches récentes ont montré à LASSABLIÈRE que la sérosité des ampoules injectée à des animaux, favorise la phagocytose en augmentant la leucocytose et que d'autre part, elle possède certaines propriétés immunisantes (1).

(1) Ces constatations ont été le point de départ d'une nouvelle méthode de traitement appelée phlyctenothérapie.

C'est dire que les vésicants jouissent de propriétés thérapeutiques fort intéressantes. Comme les rubéfiants ne se distinguent des vésicants que par leur degré d'activité, on voit que ces substances chères à nos anciens méritent encore de figurer dans la série des médicaments usuels employés par le vétérinaire.

TROISIÈME PARTIE

TRAITEMENT DE LA LYMPHANGITE TRONCULAIRE

Les traitements les plus variés, et parfois les plus opposés ont été utilisés pour la lymphangite aiguë. Les uns sont locaux, les autres généraux.

1° *Traitements locaux*. — Ils sont de deux sortes : les uns sont émollients, calmants de la douleur, les autres, au contraire, sont franchement résolutifs et irritants.

Dans les premiers, on a employé, à diverses époques les cataplasmes, qu'on additionnait au besoin de jusquiame, de laudanum, etc.. Dans le même ordre d'idées, des praticiens ont fait appel à l'onguent populem camphré ou belladonné. Plus près de nous (1913) CALZABOU annonçait que la lymphangite cède rapidement aux simples lotions d'eau chaude ; il est vrai que cet auteur envisageait spécialement la lymphangite réticulaire.

Partant d'un point de vue tout différent, mais employant des moyens assez voisins, la thérapeutique qui fait appel aux antiseptiques a été préconisée par de nombreux cliniciens. Déjà,

NOCARD (1883) signalait qu'il avait obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de l'eau phéniquée à 5 % dans la confection des cataplasmes et des bains d'eau tiède. Depuis lors, on a utilisé des bains chauds boriqués, crésylés, les pansements humides antiseptiques avec du coton hydrophile imbibé de solution de sublimé, le tout complété par des applications de teinture d'iode ou d'eau oxygénée sur la plaie que l'on suppose être la porte d'entrée de l'infection.

Les irritants ont eu les faveurs des anciens vétérinaires. REY, HURTREL d'ARBOVAL recommandaient de recourir dès le début au vésicatoire. Le liniment ammoniacal a été conseillé par LAFOSSE. De même, la pommade mercurielle, dont l'emploi a surtout été vulgarisée par VELPEAU, a été utilisée en vétérinaire par l'École de Vienne et surtout par NOCARD.

2° *Traitement général.* — De tout temps on a été d'accord pour recommander une bonne hygiène, une alimentation de bonne qualité, le repos au début, puis un exercice modéré au bout de quelques jours.

A côté de cela, on a conseillé les antipyrétiques, les purgatifs salins, les diurétiques, l'iode de potassium, l'arsenic, etc..

La saignée avait les faveurs des praticiens du temps passé, et il faut reconnaître qu'elle peut avoir des effets favorables à la période de début alors que la fièvre est intense. MOTTET faisait des saignées locales, sous forme de scarifications pratiquées au niveau du jarret et du canon.

Les exutoires ont été également utilisés sous forme de séton, puis d'abcès de fixation.

Le fait que nombre de cas de lymphangites sont le résultat d'une infection streptococcique, ont porté MOUQUET à faire usage du sérum antistreptococcique. Cet auteur a obtenu de bons résultats dans trois cas, mais il ne paraît pas que cette méthode se soit généralisée.

Enfin, CAMBAU a traité des lymphangites banales par des injections dans la jugulaire de 2 à 4 grammes de formol mélangé à 30 grammes d'eau bouillie. Ce produit aurait ainsi une action souvent utile, mais non spécifique.

État actuel de la question. — Nous venons de passer en revue les différents traitements, anciens et modernes, qui ont été utilisés contre la lymphangite aiguë. Mais il est bien évident que tous ne sont pas employés par des praticiens de notre époque.

Quelle ligne de conduite suit-on actuellement ? CADIOT et ALMY nous l'enseignent de façon précise. Après avoir parlé des cataplasmes et des irritants, ils s'expriment ainsi : « La plupart de ces moyens ne pouvaient produire la moindre action utile, et certains d'entre eux étaient plutôt nuisibles. La lymphangite étant le résultat d'une inoculation microbienne, c'est l'antisepsie qui doit constituer le fond du traitement. On agira à la fois sur la lésion inoculatrice et sur la phlégmase lymphatique. Les plaies, les crevasses, les atteintes, seront désinfectées..... puis recouvertes d'un pansement ouaté. Les angioleucites légères sont souvent traitées par les bains chauds boriqués, par le massage et la promenade quand la douleur est atténuée. Quand la lymphangite est intense, qu'elle complique une plaie opératoire ou accidentelle des membres, on doit la combattre surtout par les bains chauds antiseptiques. Dans l'intervalle des bains, il est avantageux de recouvrir de compresses chaudes boriquées, phéniquées ou sublimées, le trauma d'inoculation. La chaleur humide favorise la résorption des exudats ; le liquide absorbé progresse dans les lymphatiques, où il exerce directement son action désinfectante ».

Essais personnels. — Cet enseignement de nos Maîtres est tellement logique que, dès l'abord, nous l'avons jugé inattaquable. Après notre sortie de l'Ecole nous avons vu appliquer ces

méthodes par des cliniciens éclairés et nous ne pensions pas que des vétérinaires devaient faire usage d'autres moyens. Aussi c'est avec surprise que, par la suite, nous avons appris que d'autres praticiens, pourtant expérimentés et au courant des acquisitions modernes, faisaient encore appel aux anciens procédés en utilisant les irritants, résolutifs et vésicants. Et notre surprise fut à son comble quand nous avons pu constater que les résultats obtenus avec cette méthode sont certainement supérieurs à ceux de thérapeutiques apparemment plus scientifiques.

Chez les chevaux traités exclusivement par les bains chauds antiseptiques, nous avons toujours vu un engorgement appréciable persister pendant des semaines et des mois, autrement dit de façon à peu près définitive. Au contraire, avec des résolutifs le gonflement était toujours peu appréciable après le traitement et, dans certains cas semblait vraiment des plus minimes.

Mais, dans ces constatations, il s'agissait peut-être de simples coïncidences, d'un heureux hasard. Et c'est pourquoi, nous avons voulu expérimenter nous-même les deux méthodes. Dès le début, quoique notre volonté n'y fut pour rien, nous avons vu une lymphangite tronculaire s'arrêter en l'espace de quelques heures sous l'action de frictions résolutives (voir observation III). Par la suite, nos constatations n'ont fait que confirmer notre première impression.

Pourtant, nous estimons qu'il n'est pas logique de faire appel aux seuls irritants et de laisser de côté les antiseptiques. Il est trop certain que la lymphangite est due à une infection microbienne pour que les antiseptiques n'aient pas une action favorable. Aussi nous pensons qu'on obtient les résultats les plus heureux en associant les deux méthodes.

Après quelques tâtonnements, voici la ligne de conduite que nous avons adoptée, Nous laissons de côté les feux liquides du

commerce car ils exagèrent la douleur de l'animal. D'autre part, leur action est brutale au début, mais cesse assez rapidement ; et cependant les lésions cutanées sont trop accusées après une première application pour permettre une nouvelle intervention qui peut avoir son utilité dans certains cas. Nous n'avons pas employé l'onguent mercuriel car la crainte d'une intoxication oblige à des applications trop réduites. On pourrait en dire autant de l'onguent vésicatoire, et l'action néfaste de la cantharide n'est pas à dédaigner.

Pour ces raisons, nos préférences vont à l'ammoniaque coupé d'eau et additionné d'alcoolat de savon pour faciliter les frictions. Le produit que nous employons répond à la formule suivante :

Ammoniaque liquide.	100 grammes.
Alcoolat de savon	50 grammes.
Eau	100 grammes.

A l'aide d'un morceau de toile ou simplement avec la main, on fait une friction sur toute la face interne de la cuisse, en insistant au niveau du tronc lymphatique. Nous recommandons ainsi de faire trois frictions par jour. De cette façon l'œdème semble s'étaler très rapidement, puis disparaît au bout de 2, 3 ou 4 jours. On pourrait penser que cette résorption se produirait dans les mêmes délais avec tout autre traitement. Une constatation, faite à différentes reprises est en opposition avec cette hypothèse. Chez les chevaux entiers, pour éviter toute irritation des bourses, on a soin de cesser les frictions ammoniacales dans les régions supérieures voisines des testicules ; à ce niveau des lotions chaudes antiseptiques sont seules recommandées. En agissant ainsi, au bout de deux ou trois jours, il est manifeste que l'œdème est résorbé en grande partie dans les régions soumises à l'action de l'ammoniaque, tandis qu'il est presque inchangé dans la zone supérieure.

Les mêmes frictions peuvent être faites également aux faces

internes et externes du jarret, du canon, du boulet. Mais à ce niveau, l'action favorable des irritants est beaucoup moins sensible : cela tient probablement à l'épaisseur de la peau de ces régions.

Comme d'autre part, la plaie qui a servi de porte d'entrée à l'infection est généralement située dans ces territoires, nous avons remplacé les frictions irritantes par des lotions prolongées et répétées, avec des solutions chaudes de crésyl ou de lysol. Enfin, la plaie initiale, lorsqu'elle est apparente est recouverte d'un pansement protecteur qui sera imbibé avec la même solution.

Avec cette méthode mixte, nous n'avons pas eu des succès complets et définitifs dans tous les cas. Il nous paraît pourtant qu'en agissant ainsi la durée du traitement se trouve réduite au minimum et que l'engorgement qui persiste assez souvent pendant plusieurs semaines est moindre qu'avec tout autre procédé.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Observation 1^{re}

Lymphangite aiguë traitée par des bains antiseptiques.

Cheval hongre, demi-sang normand, âgé de 7 ans, bai châtain. Cet animal, bien portant la veille, fut trouvé le matin à bout de longe, abattu, et atteint d'une boiterie accusée du postérieur droit. Il nous fut présenté quelques heures plus tard.

A ce moment, le membre était fortement engorgé depuis la couronne jusqu'au jarret ; l'œdème était chaud et sensible. De plus, à la face interne de la cuisse, très haut, nous découvrions un œdème localisé, de la grosseur d'un œuf et douloureux à une pression même légère.

Température rectale 39°4. La muqueuse oculaire était nettement injectée.

En présence de ces symptômes très caractéristiques le diagnostic : lymphangite tronculaire aiguë fut posé. Le point de départ de l'affection était très apparent et consistait en une atteinte située au niveau du talon, au côté interne.

Le traitement institué a été le suivant : repos, demi-diète et bains antiseptiques tièdes répétés trois ou quatre fois par jour. Le pied de l'animal était mis dans un seau d'eau bouillie crésylée, et pendant une dizaine de minutes des lotions étaient pratiquées avec la même solution sur toute la hauteur du membre. Après le bain un pansement ouaté était appliqué sur la

couronne et le paturon, puis imbibé avec le même antiseptique; il n'a été renouvelé qu'une fois par jour.

Dans la soirée du 1^{er} jour la corde lymphatique était très visible à la face interne de la cuisse, jusqu'au voisinage du jarret.

Le lendemain, cette même corde était noyée dans une large plaque œdémateuse occupant toute la région et se terminant, à la face externe par un bourrelet très apparent.

La fièvre s'atténua dès le troisième jour et la température était revenue à la normale quarante-huit heures après. A ce moment (5^e jour) l'œdème de la face interne de la cuisse avait tendance à se résorber, et la boiterie était moins accusée après quelques pas de marche.

A la fin du premier septenaire, la claudication était très modérée, la jambe à peine engorgée, mais l'œdème persistait au niveau du jarret et des régions inférieures.

Pendant la semaine qui suivit, les bains antiseptiques furent continués. Le jarret, le canon et le boulet diminuèrent de volume, tout en restant nettement plus gros que les mêmes régions du membre opposé.

L'animal fut remis en service au bout de quinze jours. Aucune gêne n'était constatée au travail, mais l'engorgement du membre persistait, tout en s'atténuant légèrement pendant l'exercice.

Deux mois après, la situation était inchangée et il était visible que le sujet était taré de façon définitive.

Observation II

Lymphangite aiguë traitée par des bains antiseptiques.

Cheval hongre, demi-sang, âgé de 10 ans, baie marron.

Le sujet, après avoir mangé sa ration du midi, fut pris de tremblements, et nous a été présenté pour ce motif.

Ayant pris la température rectale, nous pouvions constater une hyperthermie assez marquée : 39°8. Le pouls était accéléré et la conjonctive visiblement injectée.

Après cette prise de contact avec notre malade, celui-ci fit quelques pas et nous avons pu alors remarquer une certaine gêne dans le jeu du postérieur droit. En marche, le membre se déplaçait pour ainsi dire tout d'une pièce, et la pince traînait sur le sol. Cette constatation nous porta à explorer la région de l'aîne et cela nous permit de déceler un léger œdème à la naissance du tronc lymphatique, et une sensibilité déjà marquée.

Le diagnostic s'imposait alors, nous étions en présence d'un cas de lymphangite tronculaire au début. En cherchant la cause de l'affection nous n'avons trouvé aucun traumatisme récent, mais seulement une plaie cicatrisée à la face interne du boulet.

Le traitement utilisé fut exactement le même que celui que nous avons décrit dans l'observation précédente.

Le sujet fut revu dans la soirée. L'état général était sans changement, mais les altérations locales se montraient beaucoup plus nettement. La corde lymphatique était très visible à la face interne de la jambe et l'œdème apparaissait au niveau du boulet et du canon.

Le lendemain l'engorgement était beaucoup plus marqué à ce niveau ; il avait gagné le jarret et s'étendait sur la face interne de la cuisse.

Le troisième jour, il n'y avait aucun changement, ni dans l'état général, ni dans les symptômes locaux.

Vingt-quatre heures après, la température descendait à 39°, mais l'œdème persistait. Ce dernier n'a commencé à rétrocéder que le cinquième jour. A ce moment le thermomètre n'indiquait plus que 38°1 et, après une vingtaine de mètres de marche la flexion des rayons osseux se faisait beaucoup plus facilement.

Une semaine après le début, l'animal mangeait avec appétit,

mais l'engorgement persistait en grande partie au niveau du canon et du boulet.

Les bains et les lotions furent continués pendant cinq jours, mais sans qu'on puisse noter une modification bien apparente de l'état local.

Au bout de quinze jours, l'animal fut mis en service et, visiblement n'éprouvait aucune peine au travail. L'engorgement existait toujours sur le boulet et le canon, mais diminuait pourtant après un certain temps d'exercice.

Six semaines après, l'état du sujet était sans changement ; il était taré de façon irrémédiable.

Observation III

Lymphangite tronculaire traitée par des frictions résolutive

Cheval entier âgé de 12 ans environ, sous poil noir.

Cet animal appartenait à un camionneur et, lors de notre première visite, le propriétaire nous apprit que sa bête avait « un coup-de-sang » et qu'elle avait déjà été atteinte de la même maladie à deux reprises différentes.

Le sujet nous fut présenté vers midi. A ce moment le membre postérieur gauche était le siège d'une claudication caractéristique et le tronc lymphatique de la face interne de la jambe était visiblement enflammé. D'autre part, le canon et le boulet se montraient nettement augmentés de volume, mais sans chaleur ; cet engorgement chronique était la trace indélébile de poussées antérieures.

Température rectale 38°2 ; pouls légèrement accéléré et conjonctive à peine infectée.

Comme traitement, nous avons recommandé de faire deux frictions à la face interne de la jambe avec le liniment ammo-

niacal, que nous avons signalé ci-dessus. Pour un motif qui importe peu cinq frictions furent exécutées dans le courant de l'après-midi, et le même traitement recommençait le lendemain de bonne heure.

Nous avons revu notre malade vers 10 heures du matin. A ce moment le tronc lymphatique était à peu près normal et la claudication à peine marquée.

Vingt-quatre heures après l'animal était remis en service malgré notre ordre, mais aucun accident ne se produisit.

Observation IV

Lymphangique aiguë traitée par les résolutifs et les antiseptiques

Cheval de trait, entier, âgé de 9 ans, gris pommelé.

Le sujet, sans antécédents pathologiques nous fut présenté parce que, depuis le matin, il avait le canon engorgé, et d'autre part paraissait abattu.

Un œdème chaud et modérément sensible était en effet très visible jusqu'au niveau du jarret et un cordon dur, douloureux à la pression existait depuis l'aîne jusqu'à la moitié inférieure de la jambe.

Température rectale 39°6; pouls accéléré; conjonctive injectée, subictérique.

Une crevasse en voie de cicatrisation fut découverte dans le pli du paturon, au-dessous de l'ergot.

L'animal fut mis au repos aussitôt, avec, comme régime des breuvages farineux tièdes.

Le traitement institué fut le suivant : 1° frictions ammoniacales (3 par jour) à la face interne de la jambe, en évitant de les prolonger en face de la région testiculaire ; 2° lotions antisepti-

ques (lysol) avec massage sur le jarret, le canon et le boulet ; 3^o mêmes lotions dans la région de l'aine ; 4^o pansement humide sur le paturon.

Le malade fut revu deux jours après. L'état général était meilleur ; température rectale 38°2. Localement, l'œdème dans la région de l'aine était encore très appréciable et s'arrêtait en coup de hache au point où les frictions ammoniacales avaient été pratiquées. Toute la face interne de la jambe était sensiblement normale, et l'œdème des régions inférieures était un peu moins accentué que le premier jour.

Le traitement local fut continué sans changement, mais la ration journalière a été augmentée, et nous avons conseillé une courte promenade matin et soir.

Sept jours après le début, il ne restait aucun œdème à la face interne de la jambe et l'engorgement du canon et du boulet avait diminué de moitié.

L'animal fut revu deux mois plus tard. A ce moment, le matin, avant le départ, on notait encore un léger gonflement des régions inférieures du membre, mais tout paraissait normal après le travail.

Observation V

Lymphangite aiguë traitée par les résolutifs et les antiseptiques

Cheval hongre, de race belge, âgé de 8 ans, sous poil alezan.

Les premiers symptômes, notés par le propriétaire, furent les mêmes que dans l'observation précédente. Nos constatations, au 1^{er} examen, ont été également très voisines, si ce n'est que

la température rectale était un peu plus élevée (39° 9). Une atteinte en talon paraissait être la cause de l'affection.

Le traitement institué a encore comporté des frictions ammoniacales à la face interne de la jambe, des lotions antiseptiques à partir du jarret, et un pansement humide sur la plaie initiale. Par contre les lotions chaudes de la région de l'aîne furent supprimées et remplacées par des frictions ammoniacales, celles-ci n'ayant aucun inconvénient puisqu'il s'agissait d'un cheval hongre.

Trois jours plus tard l'œdème de la face interne de la jambe et de la cuisse était résorbé et il n'y avait plus d'hyperthermie. L'engorgement du canon et du boulet existait encore, mais beaucoup moins marqué que le second jour, au dire du propriétaire.

Dix jours après le début l'animal était remis au travail et le gonflement des régions inférieures du membre était peu appréciable. Un mois et demi plus tard toute trace d'engorgement avait disparu.

CONCLUSIONS

La lymphangite tronculaire du cheval reconnaît toujours pour cause une infection du système lymphatique, mais dont le point de départ peut ne pas être apparent.

Les symptômes de cette maladie sont des plus caractéristiques et, en l'absence de complications, d'ailleurs exceptionnelles le pronostic médical est peu inquiétant. Par contre, en tenant compte que la guérison parfaite est rare et que les récidives sont fréquentes, que des marques indélébiles persistent très longtemps, on peut dire que la lymphangite des membres est très grave au point de vue économique.

Pour le traitement, les auteurs modernes font appel aux antiseptiques (bains, pansements), tandis que les anciens utilisaient principalement les résolutifs. Comme l'affection est la conséquence d'une inoculation microbienne, il est absolument logique de recourir à l'antisepsie. D'autre part, l'expérience montre que la résorption des œdèmes est obtenue de façon plus rapide avec les résolutifs. Aussi, nous estimons qu'on obtient des résultats plus favorables, sinon parfaits, en associant les deux méthodes. Des bains chauds antiseptiques et du massage doivent être pratiqués au voisinage de la plaie d'inoculation et celle-ci recouverte d'un pansement humide, tandis que des frictions de liniment ammoniacal seront faites à la face interne de la cuisse et de la jambe, sur toute la longueur du tronc lymphatique enflammé.

Avec ce procédé, il nous a paru que les séquelles de la maladie se trouvent réduites au minimum.

Vu : Le Doyen,
H. ROGER.

Vu : Le Président,
HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- CADIOT. — Etudes de pathologie et de clinique, p. 123 et 458.
- CADIOT et ALMY. — Thérapeutique chirurgicale, T. I., p. 503.
- CABRET. — Revue Vétérinaire, mars 1914.
- CAMBAU. — Journal de Médecine Vétérinaire, 1926, p. 154.
- CAROUGEAU. — Pathologie chirurgicale de Cadéac, T. II, p. 357.
- CARRIEU et LAGRIFFOUL. — C. R. de la Société de Biologie, 1906, p. 612.
- CAZALBOU. — Revue Générale de Médecine Vétérinaire, 1914, T. II, p. 42.
- COLLARD. — Bⁿ de la Société Centrale de Médecine Vétérinaire, 1903, p. 502.
- DAGES. — Bⁿ de la Société Centrale de Médecine Vétérinaire, 1896, p. 519.
- DELAFOND. — Thérapeutique Vétérinaire, p. 449.
- DEYSINE et LEMIRE. — Revue générale de Médecine Vétérinaire, 1910, T. II, p. 553.
- FINZI et GILLET. — Revue Générale de Médecine Vétérinaire, 1911, T. I, p. 513.
- DE GARSALT. — Parfait Maréchal, p. 271.
- HURTREL d'ARBOVAL. — Dictionnaire de Médecine Vétérinaire, T. IV, p. 275.
- KAUFMANN. — Dictionnaire de Bouley et Reynal, T. XXII, p. 547.
» Thérapeutique Vétérinaire, p. 349.
- LABAT. — Dictionnaire de Bouley et Reynal, T. XIX, p. 268.
- LAFOSSE. — Guide du Maréchal, p. 225.
» Pathologie Vétérinaire, T. III, p. 744.
- LA GUÉRINIÈRE. — Ecole de Cavalerie, T. II, p. 178.
- LASSABLIÈRE. — Académie des Sciences, 19 Décembre 1927.
- MOTTET. — Recueil de Médecine Vétérinaire, 1862, p. 499.
- MOUQUET. — Bⁿ de la Société Centrale de Médecine Vétérinaire, 1903, p. 322.

